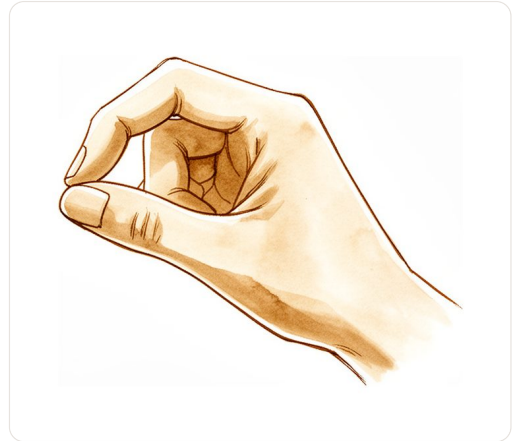


# Substituição da Articulação da Base do Polegar (Touch)

Substituição da articulação da base do polegar — um implante de dupla mobilidade recobre a articulação trapezometacarpiana desgastada.

Kieran Hirpara © ⓘ 4.0



Esta página foi traduzida automaticamente e ainda não foi verificada por um médico. A **versão em inglês** é a versão oficial.

Este protocolo orienta a sua recuperação após uma **artroplastia da base do polegar** (uma artroplastia total de dupla mobilidade, implante Touch) para a artrose da base do polegar, com o Dr. Kieran Hirpara no Mater Private Hospital Rockhampton. Inicia-se com o seu programa de exercícios em casa, seguido pelo protocolo clínico estruturado, redigido para o seu fisioterapeuta da mão; traga esta página ou o seu PDF para a sua primeira sessão de terapia, de modo a que a sua reabilitação seja coordenada. O seu fisioterapeuta da mão pode ajustar o plano, consoante a evolução da sua recuperação. **Toda a sua recuperação é orientada através de terapia da mão formal.**

Se tiver alguma preocupação sobre a sua ferida após a cirurgia, entre em contacto com a clínica. É frequentemente útil tirar uma fotografia da ferida e enviá-la por e-mail para avaliação.

## O que esperar

A articulação na base do seu polegar (a articulação trapeziometacarpiana, ou articulação CMC) é onde o polegar encontra o pulso, sendo um local muito comum de artrite. Nesta operação, as superfícies articulares desgastadas são removidas e substituídas por uma pequena articulação artificial: um **implante de dupla mobilidade**, uma pequena articulação esferoide com uma superfície móvel adicional que a torna estável e suave. O osso trapezoide é mantido e o comprimento do seu polegar é preservado, pelo que a recuperação é geralmente mais rápida do que na trapeziectomia (a operação mais antiga, que remove um osso e depende da formação de tecido cicatricial ao longo de vários meses).

Um implante bem posicionado é estável e capaz de partilhar a carga imediatamente, pelo que o polegar apenas precisa de ser protegido durante um curto período, em vez de ser imobilizado durante semanas. O plano consiste em estabilizar os tecidos moles, depois recuperar rapidamente a capacidade do polegar de **oposição** (tocar nos dedos) e movimento, e posteriormente desenvolver a força.

A recuperação decorre em três fases:

- **Primeiro, proteger (cerca das primeiras 2–3 semanas).** Uma compressa macia e volumosa durante a primeira semana ou mais, seguida de uma **tala para o polegar** para repousar a nova articulação enquanto a ferida e os tecidos moles se estabilizam. Mantém os dedos, o pulso e o resto da mão em movimento.
- **Depois, mover (das 2–3 às 6 semanas).** Fora da tala diurna, inicia movimentos ativos suaves (oposição, levantamento do polegar, abertura do espaço interdigital e movimentos circulares) e utiliza a mão para tarefas diárias leves.
- **Depois, fortalecer (a partir das 6 semanas).** Uma vez que o implante se tenha integrado no osso, inicia-se o **fortalecimento da pinça e da preensão**, que é progressivo. A força continua a melhorar ao longo dos **6 a 12 meses** seguintes.

O único aspeto a respeitar nas fases iniciais é que a nova articulação pode **luxar** se for forçada a uma posição extrema antes que os tecidos à sua volta tenham cicatrizado. Isto é incomum, e o plano inicial consiste simplesmente em não forçar o polegar enquanto este se estabiliza.

## Precauções e limitações

---

- Use a **tala para o polegar** conforme orientado (uma tala diurna durante as primeiras **2–3 semanas**, seguida de uma **tala noturna até 6 semanas**) e mantenha a tala para proteção até que seu terapeuta da mão avance no tratamento.
- **NÃO** force o polegar para posições extremas e evite pegadas súbitas ou inadequadas nas primeiras semanas; a nova articulação pode luxar se for forçada além do limite antes de se estabilizar. Movimente-se apenas dentro do conforto.
- **NÃO** realize qualquer tipo de pinça forte, preensão, torção (abrir potes, usar chaves, torneiras) ou levantamento de peso até aproximadamente **6 semanas**; o fortalecimento só começa quando seu terapeuta da mão iniciar o programa.
- Mantenha os **dedos, o punho e o restante da mão em movimento** desde o início e eleve a mão precocemente para reduzir o inchaço.
- **NÃO** dirija enquanto estiver usando a tala diurna ou enquanto não conseguir segurar o volante de forma confortável e sem dor.

Para o manejo de feridas, inchaço e cicatrizes, consulte as orientações da clínica sobre [cuidados com feridas](#).

## Os seus exercícios

---

Estes são os exercícios do seu folheto informativo. Inicie-os apenas conforme orientado pelo Dr. Hirpara e pelo seu terapeuta da mão, respeitando sempre a amplitude e os limites que lhe foram indicados. Os exercícios iniciais (oposição, levantamento do polegar, movimento lateral, alongamento do espaço interdigital e círculos suaves) restauram o movimento do polegar sem sobrecarregar a nova articulação, e devem ser iniciados assim

que deixar de usar a talabarte diurna. O **putty** e a **pinça de chave** são exercícios de fortalecimento **tardios** e não devem ser iniciados antes de cerca de seis semanas, altura em que o seu terapeuta da mão os introduz. Mantenha todos os movimentos suaves e sem esforço nas primeiras semanas, e interrompa qualquer atividade que cause dor aguda na base do polegar.

## Seu protocolo clínico

---

O restante desta página é o protocolo clínico por fases para reabilitação após uma artroplastia total da articulação trapeziometacarpiana (Touch) com dupla mobilidade. Esta seção deve ser fornecida ao seu terapeuta da mão, e cada fase inicia-se com uma explicação em linguagem simples do que está ocorrendo. Diferente de uma trapeziectomia, o implante é **imediatamente estável e compartilhador de carga**, portanto, a imobilização é mínima e a oposição ativa é restaurada precocemente; o risco precoce específico do implante é **luxação se forçado a um arco de movimento extremo**, portanto, nas primeiras semanas proteja-se contra posições forçadas/de arco final enquanto se restaura o movimento, progredindo então para fortalecimento com carga após a osseointegração.

*Antes do tratamento, verifique o relatório cirúrgico do paciente e o histórico médico, e entre em contato com o cirurgião assistente quanto ao assentamento/estabilidade do implante e quaisquer preocupações intraoperatórias. O regime do Dr. Hirpara consiste em um curativo macio volumoso por 7–10 dias, seguido de tala dia de gesso para polegar (thumb spica) por 2–3 semanas, seguida de tala noturna continuando até 6 semanas (punho em neutro, polegar em abdução palmar média, IP livre). O trapezoide é preservado e o comprimento do polegar é mantido.*

### FASE I – PROTEGER (SEMANA 0 A ~2-3)

As primeiras semanas servem para estabilizar os tecidos moles e proteger a nova articulação. O polegar permanece imobilizado com uma bandagem volumosa e macia, seguida de uma tala dia para polegar em espica, enquanto os dedos, o punho e o restante da mão mantêm-se em movimento. Não realizar trabalho resistido do polegar, nem posições forçadas ou extremas do polegar (a luxação precoce é o risco específico do implante).

#### Para o seu terapeuta da mão:

**Educação e precauções** - Imobilizar a base do polegar: **bandagem volumosa e macia durante 7–10 dias** → **tala dia para polegar em espica durante ~2–3 semanas** (punho em posição neutra, polegar em abdução palmar média, articulação IP livre) - **Evitar posições forçadas/extremas do polegar** e preensões súbitas: a luxação é o risco específico do implante na fase inicial - **Sem trabalho resistido do polegar** (sem pinça, preensão, torção ou levantamento de cargas) - Manter o implante sem carga; utilizar a mão apenas em atividades leves sem carga

**Conduta** - Ferida: curativos cirúrgicos conforme orientação; monitorizar infecção - Edema: elevação, bombeamento suave da mão, gelo conforme necessário - Exercícios: amplitude de movimento ativa da **articulação IP do polegar, dos dedos e do punho**; manter a mobilidade da mão completa; **sem trabalho ativo de CMC/oposição ainda, sem carga**

**Crterios para progresso** - Ferida em estabilização; confortável; sair da tala dia por volta das 2–3 semanas para movimento ativo

---

#### CQ HAND + UPPER LIMB

Dr Kieran Hirpara – Specialist Orthopaedic Surgeon  
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700  
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

## FASE II – MOVIMENTO ATIVO COM TALAS NOTURNAS (SEMANA ~2-3 A 6)

A partir de aproximadamente duas a três semanas, a tala diurna é removida e inicia-se o movimento ativo suave do polegar: oposição (progressão de Kapandji), abdução palmar e radial, circundação suave e mobilização do espaço interdigital. A tala noturna é mantida até as seis semanas. O uso leve nas atividades diárias é incentivado; a preensão forte e a pinça ainda estão contraindicadas.

### Para o seu terapeuta da mão:

**Avaliações** - Oposição ativa do polegar (escore de Kapandji), abdução palmar/radial, largura do espaço interdigital; dor e edema; revisão da ferida/cicatriz

**Educação e precauções** - **Fora da tala diurna; continuar a TALAS NOTURNA até 6 semanas** - Apenas movimento ativo do polegar sem resistência: sem preensão forte ou pinça antes de 6 semanas - Manter o movimento dentro do conforto; evitar forçar o final do arco de movimento

**Conduta** - Exercícios: **oposição ativa sem resistência (progressão de Kapandji), abdução palmar e radial, circundação suave, mobilização do espaço interdigital**; uso funcional leve da mão nas atividades diárias; iniciar massagem cicatricial após a cicatrização da ferida

**Crítérios para progressão** - Oposição ativa restaurada adequadamente; ferida cicatrizada; movimento ativo sem resistência sem dor por volta das 6 semanas

## FASE III – CARGA E FORTALECIMENTO (A PARTIR DA 6ª SEMANA)

A partir de aproximadamente seis semanas, o implante está osseointegrado e pode ser submetido à carga. O fortalecimento da pinça e da preensão começa (pinça com massa de modelar, pinça de chave e pinça de ponta, fortalecimento da oposição) e é progressivo. A força continua a amadurecer ao longo dos seguintes 6 a 12 meses.

### Para o seu terapeuta da mão:

**Avaliações** - Força de pinça de chave/ponta e de preensão em comparação com o lado contralateral; oposição; resposta à dor/inchaço à carga; testes funcionais e específicos para o trabalho, conforme apropriado

**Educação e precauções** - Iniciar **fortalecimento progressivo da pinça e da preensão a partir das 6 semanas**; aumentar a carga gradualmente - Esperar que a **força amadureça ao longo de 6-12 meses**; aconselhar paciência com cargas mais pesadas

**Conduta** - Exercícios: **pinça com massa de modelar, pinça de chave/ponta, fortalecimento da oposição**, resistência progressiva; fortalecimento da preensão; continuar qualquer mobilidade residual e trabalho de cicatriz - Considerar a alta quando a força for funcional e um retorno adequado da função for alcançado - Considerar encaminhamento de volta ao médico assistente se a recuperação estagnar ou houver um resultado insatisfatório

**Crítérios para alta** - Pinça e preensão funcionais, quase simétricas; uso diário e específico para o trabalho sem dor

## Retornar ao trabalho e às atividades

---

O uso leve das mãos nas atividades diárias (comer, escrever, cuidados pessoais leves) é incentivado dentro dos limites de conforto desde o início, desde que não envolva forçar o polegar ou realizar pinça e preensão fortes. Como você não deve dirigir enquanto usa a tala diurna ou enquanto não conseguir segurar o volante com conforto, planeje ajuda com o transporte nas primeiras duas semanas. **A condução geralmente é retomada quando você sai da tala diurna e consegue segurar o volante sem dor, comumente entre duas e quatro semanas, conforme confirmado pelo Dr. Hirpara.**

O trabalho de escritório e atividades leves geralmente são possíveis dentro de duas a quatro semanas; o trabalho manual e mais pesado só pode ser retomado por volta das seis semanas, com progressão gradual, pois a carga de pinça e preensão fortes só começa após seis semanas. A força continua a melhorar por 6 a 12 meses, portanto, as tarefas mais pesadas e exigentes são retomadas de forma progressiva, e não de uma só vez, com base na resposta do seu polegar, sob orientação do Dr. Hirpara e do seu terapeuta da mão, e não apenas com base no calendário.

## Após o seu protocolo

---

Este protocolo complementa as orientações gerais de recuperação da clínica; consulte [o manejo da dor pós-operatória](#), [o cuidado com a ferida](#) e [o manejo da cicatriz](#). O plano em fases acima reflete as orientações publicadas de reabilitação após a artroplastia da base do polegar com dupla mobilidade, e sua recuperação contínua é orientada individualmente pelo Dr. Hirpara e pelo seu terapeuta da mão de acordo com a evolução do seu polegar.